

Info – Coupon für **dbS**-Mitglieder Angehörige oder Bekannte

Ich bitte um Zusendung von folgendem Informationsmaterial aus Ihrem speziellen Angebot:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Private klassische Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Praxisfinanzierung |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung | <input type="checkbox"/> Baufinanzierung |
| <input type="checkbox"/> Pensionskasse für Angestellte | <input type="checkbox"/> Konsumentenkredite |
| <input type="checkbox"/> Todesfallabsicherung | |
| <input type="checkbox"/> Fondsgeb. Rentenvers. mit Garantie | <input type="checkbox"/> Private Krankheitskostenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Fondsgeb. Rentenvers. mit bis zu 10 Fonds | <input type="checkbox"/> Vollvers. für Freiberufler |
| <input type="checkbox"/> Rüruprente/Basisrente Neu | <input type="checkbox"/> Vollvers. für Angestellte über der Versicherungspflichtgrenze |
| <input type="checkbox"/> Riesterrente für Angestellte | <input type="checkbox"/> Verdienstausfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> Investmentsparen | <input type="checkbox"/> Praxisausfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> Möglicher monatlicher Sparbeitrag:
€ _____ | <input type="checkbox"/> Ergänzungsvers zur gesetzl. Vers. |
| <input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Krankenhauszusatz gesetzl. Vers. |
| <input type="checkbox"/> Praxisinhaltsversicherung | <input type="checkbox"/> Auslandsreise Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Private Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Pflegekostenzusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Hausrat-/Haushaltsglasversicherung | <input type="checkbox"/> Zahnkostenzusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Private Haftpflichtversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte |
| <input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Überprüfung bestehender Versicherungsverträge |
| Anzahl der Beschäftigten: ____ | |
| <input type="checkbox"/> Tierhalterhaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Gründungstermin _____ |
| <input type="checkbox"/> Gewässerschadenhaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> dbI-Mitglied |
| <input type="checkbox"/> Wohngebäudeversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Elektronikversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Ich oder mein(e) Lebensgefährte(in) sind im öffentlichen Dienst | |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlossenes Hochschulstudium/ Fachhochschule | |

Name: _____ Geb.-Datum _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____@_____

_____, den _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)